

IX Jornadas de Sociología de la Universidad Nacional de La Plata,

Título del trabajo: Proceso salud-enfermedad-atención desde una perspectiva de género: una posible aproximación conceptual¹

Mesa 44. *El nacimiento de la clínica*. Ciencias sociales y salud

Autoras/es: Pagnamento, Licia²; Weingast, Diana³; Cáneva, Hernán⁴; Castrillo Belén⁵; Hasicic, Cintia⁶; Specogna, Mariana⁷.

Contacto: pagnamento@yahoo.com.ar

Introducción

Este trabajo propone presentar un recorrido posible, ni único ni definitivo, por un conjunto de categorías teóricas que se consideran relevantes para el estudio de los procesos de salud-enfermedad-atención desde una mirada que intenta recuperar el análisis de las representaciones y prácticas de los sujetos, y busca desentrañar relaciones de poder, dominación y resistencia incluyendo una perspectiva de género.

La elección de las categorías que se recuperan en este trabajo surge de los debates grupales desarrollados en el marco del PPID “Proceso salud-enfermedad-atención desde una perspectiva de género” que se propone analizar ciertos eventos significativos en la vida de los sujetos (paternidades, maternidades, nacimientos, abortos voluntarios, enfermedades/padecimientos) en los que se expresan procesos de desigualdad, considerando las respuestas sociales (individuales, grupales, colectivas, institucionales) que se articulan y despliegan frente a ellos.

En este sentido el trabajo se estructura recuperando algunas claves analíticas para construir la mirada sobre este tipo de eventos: proceso salud-enfermedad-atención, género, hegemonía, Estado y medicalización. Asimismo, su presentación en este breve trabajo aspira a constituir un aporte a quienes deciden introducirse en estas temáticas, estableciendo tal vez parte de un punto de inicio en un camino que llevará, seguramente, por diversas bifurcaciones.

¹ Este trabajo es producto del proyecto PID (Proyecto de Investigación y Desarrollo), “Proceso de salud-enfermedad-atención desde una perspectiva de género”. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, UNLP. Código PPID/H008

² (CIMECS – FAHCE - UNLP)

³ (CIMECS – FAHCE – UNLP – CEREN / CIC - PBA)

⁴ (CIMECS – FAHCE – UNLP – CEREN / CIC - PBA)

⁵ (CIMECS - IdIHCS, FAHCE, UNLP / CONICET)

⁶ (ICJ-FCJS y FAHCE-UNLP)

⁷ (FAHCE-UNLP)

El proceso salud-enfermedad-atención

Un interrogante inicial, y como tal punto de partida para construir el problema social al que se propone un acercamiento posible, radica en entender cuáles son las principales características de los eventos relativos a la salud-enfermedad de los conjuntos sociales. Una primera respuesta (aún asumiendo que existen posiciones analíticas diversas), supone considerar que los eventos que solemos identificar con la salud-enfermedad están relacionados con procesos biológicos, sociales y simbólicos.

Sin embargo esta indicación, en principio simple, lleva a reflexionar sobre la relación entre estos procesos y sus características distintivas. Esto remite inexorablemente a un conjunto de discusiones que cuentan con una larga tradición en el área de las ciencias sociales (o en el de sus preocupaciones centrales) y entre las cuales es posible rescatar claves analíticas de interés y planteos que pueden ser articulados y/o complementados.

Sin lugar a dudas la categoría proceso salud-enfermedad, acuñada por la Medicina Social Latinoamericana, representa un enclave analítico ineludible, tanto porque realza la relación entre la salud y la enfermedad, como porque ubica a los conjuntos sociales como objeto de reflexión. Laurell (1986), una de las principales referentes de esta corriente, sostiene la necesidad de repensar el problema de la salud y la enfermedad tal como aparece definido por la perspectiva biomédica que recorta ciertos eventos de carácter biológico que se desarrollan a nivel de los individuos. Para lograrlo propone el camino de un debate de carácter epistemológico y teórico-metodológico, es decir, emplaza la necesidad de reflexionar sobre cuatro cuestiones fundamentales: las características y especificidad del objeto de estudio, la concepción de causalidad o la determinación, la elección de las categorías analíticas centrales para su abordaje y la relación sujeto-objeto en el proceso de construcción de conocimiento.

Estos puntos señalados por Laurell siguen siendo centrales a la hora de analizar el conjunto de problemas sociales que la perspectiva biomédica construye como “problemas de salud” en los que lo social, en el mejor de los casos, pierde relevancia.

Laurell (1982/1986) propone la categoría proceso salud-enfermedad como herramienta analítica que sitúa (o re-sitúa) a lo social en un plano de preeminencia, frente a los fenómenos de carácter biológico y físico-químico que pudieran reconocerse en el mundo de la naturaleza, al subrayar el carácter social del mundo humano y del aspecto biológico que en él puede reconocerse.

Entiende la salud y enfermedad como partes de un único proceso cuyo carácter es eminentemente social e histórico. Su análisis requiere, por tanto, considerar las características

de la estructura social en el que se produce y reproduce. Este carácter social e histórico se manifiesta en una serie de fenómenos que se pueden constatar empíricamente, como los distintos perfiles de morbi-mortalidad, la esperanza de vida y los procesos de crecimiento y envejecimiento. Al tratarse de procesos sociales encontramos variaciones entre sociedades, culturas, épocas y entre clases sociales (Laurell, 1986).

En este sentido puede afirmarse que las condiciones de vida y trabajo de las sociedades se asocian de forma diferencial tanto respecto a la salud como a los padecimientos/enfermedades/muertes de los distintos estratos sociales. El análisis sociológico que permite explicar las desigualdades sociales, no puede ser soslayado y constituye un eje central cuando se analiza la salud (y todo aquello que una sociedad considera como tal), su deterioro (incluida la enfermedad y los padecimientos) y la muerte (ese final ineludible de la vida).

Por otra parte, más allá de que muchos estudios se centren sobre todo en las enfermedades y padecimientos, es central considerar que la salud-enfermedad al constituir un proceso social, supone una enorme cantidad de variaciones y de elementos que forman parte de la vida cotidiana de los conjuntos sociales, que pueden escapar a las clasificaciones habituales sobre la enfermedad (especialmente a las biomédicas, aún cuando pueda reconocerse su permanente expansión) y que, sin embargo, constituyen problemas sociales. Podemos sumar entonces, los fenómenos que escapan a las taxonomías biomédicas más frecuentes, y que conforman parte del escenario de exploración abierto para las ciencias sociales, al constituir fenómenos sociales que expresan desde formas de sufrimiento hasta formas de mantener y recuperar la salud, todas ellas relacionadas con los procesos de producción y reproducción social.

Además del carácter procesual de la salud-enfermedad, se debe considerar que siempre supone respuestas sociales sea tanto ante el deterioro de la salud como a las maneras de mantenerla. Desde una mirada que recupera el carácter frecuente, recurrente e inevitable de los padecimientos, enfermedades y daños a la salud en la vida cotidiana de los sujetos, y en estrecha relación con la propuesta de Laurell, Menéndez (1994) propone utilizar la categoría de proceso salud-enfermedad-atención que alude a un universal que opera estructuralmente en toda sociedad y en todos los conjuntos sociales estratificados que lo integran. El autor incluye a la atención, al considerar que los procesos de salud-enfermedad suponen respuestas sociales, y por tanto estas respuestas instituyen una estructura necesaria para la producción y reproducción de cualquier sociedad.

Para Menéndez (1994), tanto los padecimientos como las respuestas hacia los mismos constituyen hechos sociales, y por tanto, generan un conjunto de representaciones y prácticas para entender, enfrentar y de ser posible solucionar la incidencia y las consecuencias generadas por los daños a la salud. Es por esto que se puede considerar que los conjuntos sociales construyen acciones, técnicas e ideológicas, frente a los procesos de salud-enfermedad, una parte de las cuales se ha organizado profesionalmente delimitando una manera legitimada de entender y de actuar ante los daños a la salud y también orientando, normalizando, formas “correctas” para prevenir/evitar el desarrollo de ciertos padecimientos y/o favorecer la salud.

Recuperando entonces algunas de las propuestas analíticas de Laurell y Menéndez, podemos asumir una primera aproximación conceptual a un conjunto de eventos significativos en la vida de los sujetos que guardan relación con los procesos de producción y reproducción social. Sea cuales quiera los fenómenos que recortemos (los que hemos seleccionado en nuestro equipo van desde paternidades y maternidades, nacimientos, abortos voluntarios, salud sexual y (no) reproductiva, enfermedades/padecimientos frecuentes/recurrentes, y prácticas profesionales en salud), las perspectivas de ambos autores permiten “desfamiliarizar” la idea de salud y de enfermedad, así como las respuestas sociales ante ellas. Los fenómenos que se presentan como meramente biológicos quedan re-ubicados entonces en los procesos sociales que les son constitutivos. No es posible afirmar que existan fenómenos biológicos escindibles de los procesos sociales y simbólicos, más bien se trata de abordar fenómenos sociales entre los que podremos identificar procesos biológicos humanos (es decir procesos biológicos que son al mismo tiempo sociales) que se producen en un entramado particular de relaciones sociales y que requieren respuestas (también eminentemente sociales) en tanto permiten la producción y reproducción de toda sociedad. Se trata de eventos significativos en la vida de los sujetos tanto porque atañen a la producción y reproducción social, cuanto porque suponen construcciones simbólicas cuyo carácter, nuevamente, es histórico y social.

El análisis de este tipo de fenómenos sociales nos ubica frente a procesos de desigualdad y diferenciación social de carácter diverso. Desigualdad y diferenciación que pueden ser analizadas recurriendo a las nociones de clase, etnia, edad, género. Todas ellas sin duda pueden ser un soporte importante para pensar distintos problemas sociales y especialmente aquellos que recortamos analíticamente como procesos de salud-enfermedad-atención.

Género

Interesa en este trabajo destacar las desigualdades de género y recuperar el género como categoría de análisis. Podría resultar evidente su importancia al considerar problemas relativos a la salud sexual y (no) reproductiva, pero también abarca otros problemas sociales, problemas en los que las relaciones de poder y desigualdad se corresponden a las relaciones (entre otras) de mujeres y varones, y entre lo femenino y lo masculino. Así, podríamos pensar en situaciones en las que la relación con el género fuera menos evidente que en el ejemplo señalado, pero sin embargo igualmente crucial en lo atinente a los procesos de salud-enfermedad-atención. Por caso podríamos pensar en la prestación del servicio médico que muchas veces descansa sobre la mayor concurrencia de las mujeres a los efectores y consecuentemente produce (y re-produce) una desigualdad persistente que afecta a los varones en lo que a provisión oportuna del servicio médico respecta.

En términos generales, hay que recordar que los estudios de género y feministas constituyen una corriente que a lo largo del siglo XX y XXI aportaron herramientas teóricas fundamentales para la comprensión de problemáticas sociales atravesadas por desigualdades entre varones y mujeres. Cabe destacar que a partir de los años 60' desde la teoría feminista se contribuyó a la elaboración de una categoría que pudiera expresar el carácter de constructo social e histórico del género, en tanto mediado por la cultura, las relaciones de poder y dominación (Castellanos, 2006). Reconociendo las discusiones entre el feminismo de la igualdad y el feminismo de la diferencia, consideramos al género (*gender*) como una categoría fundamental para el abordaje de las problemáticas de salud que se estudian en nuestro equipo de investigación.

La noción de género permite comprender y cuestionar imaginarios y prácticas que se construyen en el entramado de relaciones de poder y de resistencia que subyacen a los lugares/posiciones designados socialmente a los varones y a las mujeres, y que se materializan de forma inequívoca en el campo de la salud. Permite visibilizar las desigualdades entre varones y mujeres, y entender cómo la noción de “lo femenino” y “lo masculino” se conforman mutuamente a partir de una construcción simbólica, social e histórica.

Adoptar una perspectiva que tome en consideración al género, permite reconocer las relaciones de poder que se construyen e instituyen entre los géneros (las cuales no sólo deben ser pensadas en términos de “favorables” a los varones como grupo social y discriminatorias para las mujeres sino que también debe considerarse los conflictos que al interior de los

grupos de varones generan los mandatos respecto al modelo de masculinidad; o mantenernos atentos a cómo se viven las masculinidades y femineidades). Permite reconocer además que estas relaciones (construidas social e históricamente) forman parte de los procesos de constitución de los sujetos, y atraviesan todo el entramado social, de tal forma que se articulan con otras relaciones sociales, como las de clase, etnia, edad preferencia sexual y religión.

Por su parte, la problematización de las relaciones sociales de género permite romper con la idea de que las diferencias sexuales presentan/tienen un carácter natural y universal. De hecho, la naturalización de la experiencia humana, ha conducido y conduce a la instauración de una mirada esencialista que anula la posibilidad de pensar el cambio/la transformación en las relaciones tradicionales de género.

Este punto relativo al problema de lo natural/lo biológico, resulta por tanto crucial para abordar problemas referidos a la salud-enfermedad-atención y recuerdan la importancia de un conjunto amplio de aproximaciones teóricas de distintas disciplinas que componen el ámbito de las ciencias sociales.

Dentro de la antropología sociocultural y de la psicología, ciertas corrientes han señalado que el hombre expresa fenómenos diferentes del nivel biológico, y cuya centralidad radica en que lo constituyen en tanto tal. De esta manera, se puede afirmar que no estamos frente a un mero organismo biológico, sino que el ser humano constituye, como señalara Bleger (1973), una unidad muy particular cuyo carácter y especificidad es irreducible a fenómenos biológicos o físico-químicos. Considerar al hombre desde un punto de vista biológico (como un organismo de una especie animal), lo despoja o lo aleja de lo propiamente humano, de aquello que lo constituye como tal, es decir del contexto social y cultural (el organismo humano está siempre estructurado en un contexto social e histórico particular).

Si quitamos entonces de la discusión algún plano o nivel que se pretenda “autónomamente biológico”, o “universal”, queda claro que la dimensión de lo biológico en el hombre poco tiene que ver con el “mundo natural”. La realidad biológica del ser humano es, en sí misma, social. De allí que puede sostenerse junto a Scott (1986) que, el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales que se basa en las diferencias entre los sexos, y constituye “una forma primaria de las relaciones de poder”. Primaria porque la diferencia binaria entre sexos no tiene un sustrato biológico que la explique por sí misma, sino que constituye una construcción social e histórica, propiamente humana.

En este aspecto, Mari Luz Esteban destaca que “cuando hablamos de naturalización nos referimos a una percepción absolutamente esencialista y biologicista del cuerpo humano, sobre todo de ciertos cuerpos humanos, que afecta a distintos colectivos (mujeres, negros, homosexuales), y que lleva implícita su marginación social por razones biológicas y anula toda posibilidad de cambio. En el caso concreto de las mujeres supone teorizar, por ejemplo, que la responsabilización de las mujeres respecto al cuidado de las criaturas o enfermos, una división sexual del trabajo que restringe la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, se explica por una biología y una psicología diferencial que, en último extremo, se relaciona siempre con la capacidad reproductiva femenina” (Esteban, M. L., 2006:11)

Como señala la autora, se constituye así un nuevo sistema de poder y dominación inscripto en el cuerpo y la biología: el biopoder, concepto acuñado por Michel Foucault para poner de manifiesto que el poder no sólo se ejerce en la esfera política sino también en los discursos expertos que las diversas ciencias vienen desarrollando desde la modernidad. Un poder que es experto y productivo a la vez, puesto que actúa a través de establecer las normas de comportamiento.

En definitiva, la crítica feminista ha hecho un esfuerzo de revisión y desnaturalización del análisis clásico de la reproducción y de la sexualidad, resaltando el carácter dinámico de los procesos reproductivos así como el control social que se ejerce sobre ellos. Pero podríamos pensar también que esta crítica confluye con aproximaciones teóricas de las ciencias sociales y, en cierta manera, trasciende estos temas en particular de tal manera que resulta especialmente significativo revisar sus aportes para la comprensión de los procesos de salud-enfermedad-atención.

Por lo pronto podríamos plantear que la consideración de la dimensión del poder en lo relativo a los procesos de salud-enfermedad-atención, nos lleva a recuperar la noción de hegemonía y el proceso de medicalización. Ambas nociones han sido trabajadas por más de un autor, y conviene entonces detenerse para precisar aquellas que aportan, a nuestro entender, claves que no pueden dejar de tomarse en consideración.

Hegemonía, (bio)medicina y Estado

La noción de hegemonía permite pensar las disputas, disensos y consensos, en torno a lo que, en términos históricos y sociales, se va construyendo y definiendo como enfermedad y también como saludable o no saludable. Permite pensar las prácticas y sentidos en torno a las

características de los sistemas de salud, a los marcos jurídicos que los regulan, o al ejercicio de las prácticas profesionales y no-profesionales (distintos “curadores”), como parte de procesos en los que ciertas instituciones, ciertos saberes y prácticas y ciertos sujetos sociales intervienen construyendo valores y prácticas que se pretenden o se presentan como incuestionables. Esta noción permite pensar también la agencia (individual y colectiva) tanto desde el consenso como desde la crítica y las diversas formas de resistencia (más o menos activas). Ambas dimensiones (el consenso y la resistencia) pueden convivir de manera contradictoria (o no) en los sentidos y prácticas de los agentes sociales, lo cual nos exige el esfuerzo de pensar las mediaciones entre éstos y los contextos socio-culturales e históricos en los que se inscriben.

En este sentido, puede plantearse que en las sociedades actuales se extiende el denominado “pluralismo médico” (Menéndez, 2009:26), que refiere a la utilización por parte de la población (más allá de la situación de clase o de la situación étnica) de diversos saberes y formas de atención no sólo frente a diferentes problemas sino para un mismo problema de salud. Junto a la biomedicina encontramos las llamadas medicinas alternativas y formas de medicina popular, en un escenario de yuxtaposiciones en el que sin dudas influye la expansión de la industria químico/farmacéutica, pero que también suma a un conjunto de industrias enfocadas a cuidados presentados como alternativos y que reivindican también formas y acciones para el mantenimiento de la salud. Muestra de ello es no sólo la diversidad de curadores que ofrecen terapias diversas no sólo frente a malestares y padecimientos sino para reparar, mantener y prevenir/procurar la salud, así como también la diversidad de compuestos homeopáticos, hierbas para preparar infusiones, cremas presuntamente naturales, cápsulas de aceites y esencias naturales, etc., que conviven con la farmacopea más clásica.

Sin embargo, y al mismo tiempo, la biomedicina continúa ocupando un lugar de preeminencia. Sigue siendo un referente para las estrategias que los grupos sociales construyen frente a los problemas de salud, y la práctica médica puede incorporar o puede mostrarse permeable a ciertos saberes y prácticas que no se desprenden necesariamente de los lineamientos científicos que fundamentan su saber.

Este entramado contradictorio puede ser aprehendido desde las ciencias sociales recuperando un concepto clásico, el de hegemonía. Si bien la noción de hegemonía resulta en cierto sentido polisémica, es innegable su aporte para la consideración analítica de los fenómenos sociales de nuestro interés: la noción de hegemonía permite pensar procesos de

dominación y subordinación en un sentido complejo. Permite visibilizar luchas y resistencias que se dan en diversos órdenes de la vida, más allá del estrictamente material o económico. Permite considerar que el “orden social” es algo que se construye en forma permanente, es decir que, sobre la base de un conjunto de contradicciones estructurales en la cuales (dependiendo del contexto y la situación) emergen cambios y se abren nuevos escenarios de lucha.

Las prácticas sociales y simbólicas, algunas de los cuales serán al menos potencialmente capaces de devenir como contra-hegemonías y/o hegemonías alternativas, transforman permanentemente el orden dominante, pero con un derrotero final siempre abierto. Al referirse a la hegemonía, Williams recupera la idea gramsciana de que se trata más de un proceso que un sistema o estructura concreto, una idea similar a la del poder desde la mirada de Foucault (“no está aquí o allá, sino en todos lados”). Se trata de un elemento constitutivo de las relaciones sociales: *“Es un complejo efectivo de experiencias, relaciones y actividades que tiene límites y presiones específicas y cambiantes. En la práctica, la hegemonía jamás puede ser individual. Sus estructuras internas son sumamente complejas, como puede observarse fácilmente en cualquier análisis concreto. Por otra parte (y esto es fundamental, ya que nos recuerda la necesaria confiabilidad del concepto) no se da de modo pasivo como una forma de dominación. Debe ser continuamente renovada, recreada, defendida y modificada. Asimismo, es continuamente resistida, limitada, alterada, desafiada por presiones que de ningún modo le son propias.”* (Williams, 1997:134)⁸

Hegemonía supone una dimensión amplia y contradictoria que involucra las experiencias, emociones, creencias y valores, haciendo que ciertas ideas y prácticas se presenten a los agentes de modo natural, como parte del sentido común. Williams sostiene que: *“la hegemonía constituye todo un cuerpo de prácticas y expectativas en relación con la totalidad de la vida: nuestros sentidos y dosis de energía, las percepciones definidas que tenemos de nosotros mismos y de nuestro mundo. Es un vívido sistema de significados y*

⁸ En esta dirección, el concepto de hegemonía parte del hecho de que las sociedades contemporáneas se encuentran divididas en clases sociales, aun cuando no es la clase social el único criterio que es posible identificar para explicar la producción del conjunto de diferenciaciones, desigualdades, inclusiones y exclusiones (las sociedades contemporáneas también se encuentran diferenciadas por criterios de etnia, religión o género). Mediante esta noción se intenta superar el modelo analítico según el cual la cultura opera como reflejo de las contradicciones materiales/económicas que se desarrollan en la base. Si bien estas contradicciones son centrales en última instancia, los procesos/conflictos que se dan en el plano político, institucional y cultural son centrales en el devenir de la conservación y el cambio de las sociedades contemporáneas. En el mismo sentido, se polemiza con la noción de ideología, entendida como un proceso social parcial y superestructural, ya que no se asume que exista una correspondencia entre la ideología abstraída de las clases dominantes y los procesos de conciencia de las clases dominadas.

valores –fundamentalmente constitutivos- que en la medida en que son experimentados como prácticas parecen confirmarse recíprocamente.” (Williams, 1997:131)

Es posible entonces pensar en la manera en que se construyen ciertas correspondencias entre las estructuras sociales y el comportamiento de las personas, a través del proceso de formación de hábitos y gustos (García Canclini, 1984). Si hay una homología estructural entre un orden social y las prácticas de los sujetos es porque éstos han interiorizado las determinaciones sociales. Como lo demuestra Bourdieu, "el habitus" generado por las estructuras objetivas, genera a su vez las prácticas individuales, da a la conducta esquemas básicos de percepción, pensamiento y acción. La sociedad organiza la distribución - desigual - de los bienes materiales y simbólicos, y al mismo tiempo, organiza en los grupos y los individuos la relación subjetiva con ellos, las aspiraciones, la conciencia sobre lo que cada uno puede apropiarse.

En esta conformación de la vida cotidiana se arraiga la hegemonía. Sin embargo, no se trata de una mera ejecución del habitus producido en y por los distintos procesos y agencias de socialización. Como señala García Canclini (1984), en la práctica se actualizan (se vuelven acto) las disposiciones del habitus que han encontrado condiciones propicias para ejercerse. Existe, por tanto, una interacción dialéctica entre la estructura de las disposiciones y las oportunidades u obstáculos de la situación presente. Si bien el habitus tiende a reproducir las condiciones objetivas que lo engendraron, un nuevo contexto, la apertura de posibilidades históricas diferentes, permiten reorganizar las disposiciones adquiridas y producir prácticas transformadoras.

Ejemplos sobre este tipo de enfoque aplicado a fenómenos en el área de nuestro interés, sin dudas puede haber muchos y no deja de ser esclarecedor tomar alguno. En este sentido, las llamadas “nuevas paternidades” pueden comprenderse a la luz de esta perspectiva, por ejemplo si pensamos en los modos que asume esta modalidad⁹ (caracterizada por la mayor presencia e involucramiento de los varones en los hogares, la corresponsabilidad de varones y mujeres en las tareas domésticas y cuidado de hijos/as), que conviven, disputan y tensionan el modelo de paternidad considerado *tradicional/patriarcal* heteronormal (centrado en los varones como jefes de familia y principales proveedores económicos del hogar, resaltando la figura del *varón* como la autoridad y la disciplina), en el marco de un sistema económico, social y también sanitario, que refuerza éste último modelo como el ideal o deseable. Dejando de lado los ejemplos, es innegable la ductilidad y alcance del concepto de hegemonía para el

⁹ Vale aclarar que estos “modelos de paternidad” son construcciones meramente teóricas y analíticas con fines explicativos y de investigación, a modo tipo ideal.

análisis de fenómenos sociales en los que se desarrollan relaciones de poder, en particular atendiendo no solo a los fenómenos macrosociales sino a aquellos procesos que pueden reconocerse a nivel de las interacciones y que, constituyen parte de los procesos sociales mayores.

Tal vez la aproximación analítica más conocida que recupera la categoría de hegemonía en relación a los procesos de salud-enfermedad-atención, sea la de Menéndez (1990, 2009) quien propuso la noción de *modelo médico hegemónico* para hacer referencia al *"...conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado."* (1990:83).

Esta propuesta analítica contiene dos dimensiones que revisten particular relevancia. Por un lado, la consideración de los procesos sociales e históricos que acompañan la construcción de la hegemonía y en los que se destacan tanto los criterios científicos como el estado como fuentes centrales en el proceso de legitimación. Por otro, lo que el autor identifica como caracteres estructurales del modelo y que se expresan tanto en la práctica médica como en la cotidianeidad de los conjuntos sociales donde esa práctica opera.

Respecto del primer punto, Menéndez (1990) señala que el sistema productivo moderno requirió formas de organización contra la enfermedad (sistema de salud de carácter público) que garantizaran tanto la reproducción como la productividad de la mano de obra, a través de acciones sobre el medio ambiente y de actividades asistenciales. En torno a este tipo de acciones se conjugaban intereses compartidos entre clases antagónicas a la vez que proveían de legitimidad al sistema. De esta manera, *"el desarrollo capitalista conducirá, en todos los contextos a la emergencia del submodelo corporativo público que tenderá a asumir las condiciones sociales y económicas de la atención curativa, a proponer criterios de organización social de la prevención, y a opacar las relaciones de cambio dominantes en el área de salud."* (Menéndez, 1990:92).

Bajo esta perspectiva, al analizar las distintas maneras en que el Estado genera acciones referidas a la salud y la enfermedad, es necesario considerar que se construyen en el marco de una relación de fuerzas particular entre los principales actores de una estructura social. En esta relación de fuerzas emergerán consensos y disensos que en parte adquieren sentido considerados a la luz de la problemática de la reproducción social y de la construcción

de legitimidad que acompaña esa relación. Las políticas de salud como parte constitutiva de las políticas sociales y las características que asume el sistema de salud, son dos tópicos ineludibles a la hora de considerar el escenario de conflictos y acuerdos que se construyen en distintos momentos históricos.

Pero además, la propia recurrencia y cotidianeidad de los múltiples problemas que afectan la salud, y las acciones orientadas a la prevención de problemas y al mantenimiento de la salud, implican la existencia de múltiples saberes y acciones que no pueden ser reducidos únicamente a considerar la aproximación biomédica.

Sin olvidar que el modelo biomédico construye permanentemente su propia hegemonía, es posible identificar otras prácticas y saberes en relación de subalternidad. Ello supone considerar la presencia de saberes y prácticas biomédicas combinadas (y articuladas en diversos grados) con otros saberes y prácticas, sean éstos los que suelen identificarse con las llamadas medicinas alternativas y respecto de los cuales se entabla una relación de subordinación, o aquellos saberes y prácticas que Menéndez (1990) incluye en el denominado Modelo de Autoatención. En ambos casos estamos frente a un conjunto de prácticas y representaciones construidas socialmente en un proceso de continua reapropiación y resignificación.

Según Menéndez (1990) el modelo médico hegemónico presenta un conjunto de caracteres estructurales¹⁰. Entre todos, los más importantes son el biologicismo que garantiza la cientificidad del modelo y subordina en términos metodológicos e ideológicos a otros niveles explicativos. La ahistoricidad que supone que para la práctica médica la enfermedad constituye un hecho natural, biológico, y no un hecho social e histórico. Y la asocialidad, que refiere a que lo social es una dimensión que la práctica médica no reconoce en sí misma (tanto la formación como la investigación médica aparecen atravesadas por procesos sociales que no reconoce) y aún cuando lo social disrupa, se subsume a otros factores explicativos. La

¹⁰ "a) biologicismo; b) concepción teórica evolucionista/positivista; c) ahistoricidad; d) asocialidad; e) individualismo; f) eficacia pragmática; g) la salud/enfermedad como mercancía (en términos directos o indirectos); h) orientación básicamente curativa; i) concepción de la enfermedad como ruptura, desviación, diferencia; j) práctica curativa basada en la eliminación del síntoma; k) relación médico/paciente asimétrica; l) relación de subordinación social y técnica del paciente, que puede llegar a la sumisión (institución psiquiátrica); m) concepción del paciente como ignorante, como portador de un saber equivocado; n) el paciente como responsable de su enfermedad; o) inducción a la participación subordinada y pasiva de los "consumidores" de acciones de salud; p) producción de acciones que tienden a excluir al "consumidor" del saber médico; q) prevención no estructural; r) no legitimación científica de otras prácticas; s) profesionalización formalizada; t) identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de otros modelos; u) tendencia a la medicalización de los problemas; v) tendencia inductora al consumismo médico; w) predominio de la cantidad y lo productivo sobre la calidad; x) tendencia a la escisión entre teoría y práctica, correlativa a la tendencia a escindir práctica médica de la investigación médica." (Menéndez, 1990:87)

negación de los procesos sociales por parte de la biomedicina no significa que éstos no puedan ser tomados en cuenta, ya que la institucionalización y mantenimiento del modelo médico hegemónico requiere de un continuo proceso de reconocimiento/desconocimiento de lo social (Menéndez, 1978:17-18)¹¹.

Ahora bien, este modelo médico o biomédico se construyó en términos históricos y se reconstruye en la actualidad como hegemónico, de la mano de procesos sociales e históricos particulares. Sus características son inescindibles de aquellas que resultan centrales en la sociedad en la que se genera. Así, las características de la estructura social y su dinámica en términos históricos permiten explicar su posición de hegemonía. Esta hegemonía se asienta por un lado en el saber y la práctica biomédica, pero también en las relaciones sociales estructurales de la sociedad contemporánea. En estas relaciones de fuerza, el estado moderno constituye un elemento crucial para explicar cómo construye, mantiene y reconstruye su hegemonía.

La consideración del Estado, resulta entonces significativa para el análisis de los procesos salud-enfermedad-atención. Por supuesto dependerá de qué definición de Estado se recupere, pero para ser consecuentes con los desarrollos hasta aquí realizados, se entiende al Estado como una relación de fuerzas, que abarca la sociedad como un todo y en la que se despliega una riqueza contradictoria de articulaciones y mediaciones (Portantiero, 1981). Este tipo de perspectiva permite ubicar el conflicto central (aunque no único) en las sociedades modernas, entre capital y trabajo. Central para entender en términos históricos la relación entre los procesos de desigualdad y los procesos de salud-enfermedad, que como hemos visto registran manifestaciones empíricas concretas en los perfiles de morbilidad. Central también para ubicar los procesos de salud-enfermedad en relación a los procesos de desgaste propios de las actividades productivas, es decir, del trabajo humano considerado en cierto momento de desarrollo de las fuerzas productivas (lo cual implicará formas históricas de organización del trabajo, materia prima, herramientas, tipo de energía utilizada, etc.). Central finalmente para comprender las acciones del Estado a través de distintas instituciones en pos

¹¹ Estos tres rasgos que caracterizan al modelo médico y las razones de su persistencia, pueden ser asociados a la noción de campo propuesta por Bourdieu (2003) en lo que a la biomedicina respecta (tanto en la investigación como en la práctica clínica). Señala Bourdieu que un campo puede ser definido considerando lo que está en juego y los intereses específicos que competen a ese campo. Debe haber algo en juego y gente dispuesta a jugar. Para participar del juego, para poder jugar, deben poseer los hábitos que implican el conocimiento y reconocimiento de las leyes inmanentes al juego, de lo que está en juego, etc. Es posible pensar que un campo constituye un estado particular de la relación de fuerzas entre los agentes o las instituciones que intervienen en la lucha, e implican distintas estrategias, sean de conservación o de subversión. Quienes se encuentran comprometidos con un campo comparten intereses fundamentales, lo que hace que surjan revoluciones parciales que contribuyen a reproducir el juego (estas revoluciones parciales se efectúan continuamente dentro de los campos y no ponen en tela de juicio los fundamentos mismos del juego).

de la reproducción de la estructura social que encontrarán relación con procesos de construcción de legitimidad y hegemonía.

Podría considerarse que las acciones y omisiones que podemos encontrar a nivel de las instituciones del Estado (que obviamente actúan en pos de la reproducción de la sociedad) constituyen una pieza clave en lo que se configura/presenta/percibe como “normal” y como parte inherente del “orden social”. Por un lado entonces, los procesos de reproducción de una sociedad históricamente situada, suponen instituciones concretas y acciones específicas, pero implican igualmente, una definición de lo deseable, lo normal, lo válido o lo justo, que actúa como justificación tanto de las acciones como de las omisiones. Es decir, un conjunto de sentidos o significados que, en tanto producto social e histórico, guarda relación con los intereses contrapuestos de las principales clases sociales. Seguramente no serán los únicos anclajes que sea posible reconocer en el espacio de las significaciones sin embargo su propia existencia resulta innegable bajo una mirada atenta de los procesos sociales en términos históricos.

En lo que a la reproducción social respecta, pueden identificarse acciones por parte de diversos organismos del Estado, algunos de los cuales manifiestan una organización sectorial (con variables grados de interrelación con otras áreas) como es el caso de los organismos encargados de área de salud (tal vez principalmente, abocados a la provisión de servicios médicos). Cuando se consideran las acciones que impactan directamente sobre la salud colectiva, claramente trascienden las instituciones que clásicamente se asocian a la manera en que el estado interviene en salud. El saneamiento ambiental, la provisión de agua potable, el tratamiento adecuado de las aguas servidas, el control y la disminución de la contaminación ambiental, son acciones que en general no suelen asociarse a los organismos de salud pero sin dudas tienen estrecha relación con la salud colectiva. Pero la salud colectiva tiene también relación con las condiciones de trabajo en distintas áreas productivas con impactos diferenciales en la salud de los trabajadores, la organización del propio proceso de trabajo (y las particularidades que imprime la relación entre objeto/medios e instrumentos de trabajo), los marcos normativos y legales que regulan ese proceso y que resultan protectivas a los trabajadores y a sus derechos, por mencionar algunas.

Entre el conjunto de acciones de diversas instituciones del Estado puede identificarse a las políticas en salud (que forman parte constitutiva de las políticas sociales). Estas históricamente han contribuido tanto al sostenimiento de los potenciales trabajadores como de los trabajadores activos, cumpliendo la función de mantener una fuerza laboral que pueda ser

incorporada en el mercado de trabajo. Considerando la relación de conflicto entre capital y trabajo, y la necesidad de construcción de hegemonía, tanto las necesidades del capital como las reivindicaciones de la clase subalterna abren un campo de lucha en el cual se definen los principales rasgos de las políticas en salud y sus progresivas transformaciones. Esta es una clave analítica de interés al considerar las acciones en materia de saneamiento, prevención de enfermedades y problemas de salud y la organización institucional de la atención médica (servicios curativos y preventivos).

Medicalización

En lo que respecta al conjunto de sentidos o significados referidos a los procesos de salud-enfermedad-atención, estamos frente a procesos sociales en los que las discusiones en torno a lo normal y lo patológico, lo sano y lo enfermo remiten a los muy analizados problemas relativos al control social (Crawford, 1994; Friedson, 1978; Conrad, 1982; Foucault, 1989), o al conjunto de funciones de control, normalización, medicalización y legitimación del modelo médico hegemónico que identificara Menéndez (1990).

Estas funciones han sido analizadas en profundidad por las ciencias sociales. Se conoce el proceso por el cual la medicina amplía su injerencia a cada vez más áreas del comportamiento humano (medicalización) y que refiere a un amplio conjunto de prácticas sociales que incluyen no sólo aquello que se construye como “patología”, sino incluso aquello que se le opone (“salud”) y que debe ser “controlado/ medido/ observado/ intervenido” para evitar la “enfermedad”.

Para Conrad (1982) la medicalización es una forma de control social que supone la intervención médica para limitar, modificar, regular, aislar o eliminar el comportamiento anormal socialmente definido, utilizando medios médicos y en nombre de la salud. De esta manera se delegan problemas sociales y humanos al área de atención médica.

Como señala Menéndez (1990:107) *"el proceso de medicalización tiene que ver con una doble tendencia convergente; por una parte la creciente complejidad de la vida cotidiana y la ampliación del campo de las "desviaciones", y por otro el desarrollo de la profesionalización médica que refuerza su identidad y poder profesional a través de legitimar y normar las desviaciones"*.

La medicina participa y actúa como conductora de los valores de la sociedad "llamando enfermedad a la desviación" y creando un conjunto de reglas que la definen (Friedson, 1978: 252-253). Como señala Conrad (1982:134), "las enfermedades son juicios

que los seres humanos emiten en relación con condiciones que existen en el mundo natural. Son esencialmente construcciones sociales hipotéticas creadas por nosotros mismos". Al ser "juicios sociales", las enfermedades son consideradas negativamente y hay un consenso respecto de su indeseabilidad. Se les asigna una base biofisiológica u orgánica y ésta no es puesta en tela de juicio, pero como señala Conrad (1982) dicha base no es condición necesaria para que algo sea definido como enfermedad. Además cuando algo es llamado enfermedad en el espacio social se desencadenan consecuencias independientes de la condición biológica del organismo (tanto en lo referido al diagnóstico como al tratamiento) e influyen directamente en el comportamiento de las personas tanto en lo referido a las actitudes que adoptan ante sí como a las que los demás adoptan ante ellas.

Para Friedson (1978:261-262) el médico ante la enfermedad o el enfermo, no es neutral en ningún aspecto. El médico establece un "juicio moral" en la designación de la enfermedad en sí misma, y la designación de algo como enfermedad oculta una valoración social dado el consenso que se establece respecto de lo indeseable que es aquello que se llama enfermedad, pero al mismo tiempo que se evita la condena al desviado y si bien la persona no es juzgada, su "enfermedad" sí lo es, y ésta es parte de él. En su actividad diaria el médico atribuye significados sociales bajo una designación médica, pero no sólo respecto a síntomas que los "profanos" han identificado como indeseables sino que también puede descubrir enfermedades que el profano no ha identificado. Como hay una tendencia a encontrar enfermedades más que salud se puede dar el sobrediagnóstico y la sobreprescripción, estimulados también por motivos económicos o por los deseos de los propios pacientes.

Tanto el diagnóstico como el tratamiento tienen consecuencias sociales para el paciente que raramente son consideradas por el médico y el conjunto de curadores, asistentes y auxiliares que conforman el conglomerado de profesionales "de la salud". Pero esto no tiene que ver con disposiciones personales de los profesionales de la salud, se trata más bien, de que en la práctica médica existe una tendencia a no reconocer que está asignando significados sociales con importantes consecuencias. La manera en que la medicina hegemónica concibe la enfermedad, como algo separado de la persona –aunque habite en su cuerpo–, permite tomar a ese cuerpo como objeto y prescindir –eventualmente– de la dimensión subjetiva y afectiva del paciente, a la vez que la abstrae del conjunto social concreto en el que este está inserto. Uno de los terrenos donde la utilidad teórica de esta categoría y sus implicancias analíticas es sumamente visible, es en el estudio de la atención y concepción médicas de los procesos de embarazo y parto, que han sido contruidos (a partir de articulaciones hegemónicas

medicalizadoras) como eventos médicos. Esto ha incluido la patologización y sobreintervencionismo médico de los procesos perinatales como actuación médica de rutina, legitimados social e institucionalmente.

No deja de ser sugerente en este tema la perspectiva de Foucault sobre el poder, que siguiendo a Castro (2004), no lo concibe como un conjunto global, coherente y constante. Es “el nombre que se presta a una situación estratégica compleja en una sociedad dada” (Foucault, 2009:89). Esta situación estratégica compleja es producto de relaciones de fuerza, las cuales son inmanentes y propias de las condiciones históricas a partir de las cuales emergen, y son constitutivas de su organización. Esto implica que el poder no es algo separable de las relaciones mismas, sino que se ejerce en ellas y se encuentra presente en toda vinculación intersubjetiva.

“El poder es, y debe ser analizado, como algo que circula y funciona – por así decirlo- en cadena. Nunca está localizado aquí o allí, nunca está en las manos de alguien, nunca es apropiado como una riqueza o un bien. El poder funciona y se ejerce a través de una organización reticular. Y en sus mallas los individuos no sólo circulan, sino que están puestos en la condición de sufrirlo y ejercerlo; nunca son el blanco inerte o cómplice del poder, son siempre sus elementos de recomposición.” (Foucault, 1980:144)

Para Foucault el poder disciplinario, propio de la sociedad actual, supone la constitución de una individualidad a través de la codificación constante de la conducta de los sujetos que esquematiza y centraliza al individuo. Las técnicas disciplinarias responden en su conjunto a lo que denominará una “anatomopolítica del poder” (conjunto de técnicas destinadas al hombre-cuerpo). De lo que trata la técnica disciplinaria es de moldear los cuerpos, logrando que sean a la vez dóciles y útiles, de modo de poder insertarlos en los aparatos de producción propios de la sociedad capitalista (ejemplos de dispositivos disciplinarios son, entre otros, el ejército, la policía y la escuela a partir del siglo XVII). El segundo conjunto de técnicas, surgidas en el siglo XVIII, es el que denomina “biopolítica de la población” y que se aplica, no ya al nivel del cuerpo individualizado, sino al hombre en tanto especie. Su objetivo es la regulación de los procesos globales de la población en su conjunto: su campo de intervención será el de la natalidad, la morbilidad, la longevidad, el nivel de salud, etc. La biopolítica de la población no reemplaza a la técnica disciplinaria, sino que la engloba, operando de manera simultánea, en la medida en que conjuntamente operan sobre la vida pero en escalas diferentes: una sobre el cuerpo individualizado y la otra sobre la población mediante técnicas de regulación. Ambas técnicas, anatomopolítica y la biopolítica, son los dos polos de la tecnología del “biopoder”. El bio-poder tiene un carácter explícitamente positivo en cuanto ejerce mecanismos de poder cuyos efectos son en

definitiva, los de manipular la vida, de moldearla tanto a nivel individual como poblacional, no ya reprimiendo sino produciendo, por ejemplo, la sexualidad de los sujetos, e incluso a los sujetos mismos.

Como señala Crawford (1994), Foucault demostró, entre otras cosas, cómo las políticas para proteger, restaurar y promover la salud se convirtieron en un componente esencial de actividades institucionales que por un lado reconocían la importancia de los recursos humanos colectivos y, por otro, se ocupaban de los movimientos y ubicación de la población, la disponibilidad y productividad de la fuerza de trabajo, las condiciones de vivienda, el crecimiento poblacional y la protección de la salud y seguridad públicas. Así, la salud se convierte en la piedra angular de las políticas dirigidas a la producción de 'cuerpos útiles', es decir, hábiles para trabajar.

A modo de cierre

En este trabajo hemos ensayado un camino posible por un conjunto de categorías que hemos recuperado al abordar ciertas problemáticas de salud y enfermedad desde una mirada sociológica. Parte del desafío consistió en encontrar un conjunto de núcleos analíticos o conceptuales comunes a las distintas líneas de indagación de los/as integrantes de este equipo de investigación. La diversidad de temas que inicialmente deseábamos abarcar, nos llevó a considerar conceptos que fueran comunes y útiles, en términos analíticos, al conjunto de los integrantes, no obstante las particularidades que cada uno diera a su aproximación a los temas particulares de investigación.

En este sentido, recuperamos la categoría proceso salud-enfermedad-atención, la cual permite pensar una diversidad de fenómenos alrededor de los eventos de salud enfermedad como procesos sociales y simbólicos que se desarrollan en contextos históricos específicos. Esto implica, en términos analíticos, considerar las diferenciaciones y desigualdades que se producen al interior de estos procesos. Entre esas desigualdades hicimos hincapié en las desigualdades de género, dado que imprimen particularidades en los modos de enfermar, morir y cuidar la salud por parte de los sujetos. Consideramos que la perspectiva de género ofrece una mirada que enriquece el análisis de los eventos de salud porque contribuye a desentrañar las relaciones de poder que los configuran.

Preocupados por dar cuenta de las disputas, disensos y consensos, y enfocados en recuperar la agencia individual y colectiva, recuperamos la categoría/noción hegemonía. Atentos a la polisemia del concepto, consideramos que esta noción remite al proceso constitutivo de las relaciones sociales que suponen complejas y diversas formas de ejercicio

del poder que son continuamente recreadas, defendidas, modificadas, renovadas dado que es continuamente desafiadas, resistidas, limitadas, alteradas.

Consideramos también la necesidad de situar los procesos de salud-enfermedad-atención en relación a los procesos de control social y en particular en relación a la medicalización, habida cuenta de las múltiples implicancias que ello supone en sociedades como la nuestra. En relación con los procesos de reproducción social y de control, ubicamos las instituciones del Estado, lo cual permite (entre otras cuestiones) considerar acciones y omisiones, abriendo paso a la reflexión sobre las políticas públicas, particularmente en relación a la salud.

Tal como sostuvimos al principio, la propuesta de trabajo fue presentar “un recorrido, ni único ni definitivo” por algunas de las categorías que consideramos relevantes para estudiar los procesos de salud-enfermedad-atención en perspectiva. Sigue abierto el espacio para el debate, el diálogo con la práctica investigativa y las propuestas analíticas que emerjan.

Bibliografía

- Bleger, J. (1973) “Psicología de la conducta”. Paidós, Bs As
- Bourdieu (2003) “Algunas propiedades de los campos”. En: Campo de poder, campo intelectual. Itinerario de un concepto. Edit. Quadrata
- Castellanos, G. (2006). “Sexo, género y feminismo: tres categorías en pugna”. Universidad de Valle, Centro de Estudios de Género, Mujer y Sociedad.
- Castro, E. (2004) Vocabulario de Michel Foucault, Bernal, UNQ.
- Conrad, P. (1982) "Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social". En: Psiquiatría Crítica. La política de salud mental (cap. 3). Edit. Crítica, Barcelona.
- Crawford, R. (1994) "The boundaries of the self and the unhealthy other: reflections on health, culture and aids" Social Science and Medicine, 18, 10: 1347-1365.
- Esteban, M. L. (2006). El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. Salud colectiva, 2(1), 9-20.
- Foucault, M. (1980) Microfísica del poder. Ed. La Piqueta, España
- Foucault, M. (1989) Vigilar y castigar. Siglo XXI, Argentina
- Foucault, M. (2009) Historia de la Sexualidad 1: la voluntad de saber, Bs. As., Siglo Veintiuno Editores
- Foucault, M. (2009). Nacimiento de la biopolítica: curso del Collège de France (1978-1979) (Vol. 283). Ediciones Akal.
- Friedson, E. (1978) La profesión médica (Cap. XII). Edit. Península, Barcelona.
- García Canclini, N. (1984) “Gramsci con Bourdieu. Hegemonía, consumo y nuevas formas de organización popular”. Nueva Sociedad, Nro 71.
- Laurell, A. C. (1982). La salud-enfermedad como proceso social. Revista latinoamericana de Salud, 2(1), 7-25.
- Laurell, A. C. (1986). El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina. Cuadernos Médico Sociales, 37, 3-18.

- Menéndez, E (2009) "De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva" Edit. Lugar, Bs. As.
- Menéndez, E. (1978) "El Modelo Médico y la salud de los trabajadores". En: Basaglia, F. y otros. 'La salud de los trabajadores'. Nueva Imagen, México.
- Menéndez, E. (1990) Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica. Edit. Alianza, México.
- Portantiero, JC. (1981) "Notas sobre crisis y producción de acción hegemónica". Los usos de Gramsci. Folios, México.
- Scott, J. W. (1986) "El género. Una categoría útil para el análisis histórico" Historical review, 91.
- Williams, R. (1997) Marxismo y Literatura. Edit. Península, Barcelona.